

重要事項説明書

記入年月日	令和 5 年 1 0 月 1 日
記入者名	小池 拓也
所属・職名	介護事業部・施設長

1. 設置者（*）

種類	個人／ <u>法人</u>	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ ことぶき 株式会社 コトブキ	
主たる事務所の所在地	〒384-0083 長野県小諸市大字市 790 番地 15	
連絡先	電話番号	0267-23-1510
	FAX番号	0267-22-3662
	ホームページアドレス	http://kotobuki-group.jp/
	電子メールアドレス	info@kotobuki-group.jp
代表者	氏名	持田 勉
	職名	代表取締役
設立年月日	<u>昭和</u> ・平成 61年 3月 1日	
主な実施事業	※別添 1 (別に実施する介護サービス一覧表)	

2. 有料老人ホーム事業の概要（*）

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) ことぶきのいえ みさと ことぶきの家 美里	
所在地	〒384-0083 長野県小諸市大字市字北原 1018-35	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 東日本小海線 美里駅
	交通手段と所要時間	しなの鉄道のしなの鉄道線の小諸駅 JR 東日本の小海線の小諸駅から 車で 15 分 JR 東日本の小海線の美里駅から 徒歩 10 分 上信越自動車道→中部横断自動車道の佐久北 インターチェンジから 車で 10 分

連絡先	電話番号	0267-23-1513
	FAX番号	0267-23-1513
	ホームページアドレス	http://kotobuki-group.jp/
	電子メールアドレス	info@kotobuki-group.jp
管理者	氏名	小池 拓也
	職名	施設長
建物の竣工日（用途変更改修）		昭和 平成 16年 7月 1日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和 平成 16年 7月 1日

【類型】【表示事項】

1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合）		
2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合）		
③ 住宅型		
4 健康型		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	
	指定した自治体名	県（市）
	事業所の指定日	平成 年 月 日
	指定の更新日（直近）	平成 年 月 日

3. 建物概要（*）

土地	敷地面積	525.74 m ²	
	所有関係	① 事業者が自ら所有する土地	
		2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 あり 2 なし
		契約期間	1 あり (年 月 日 ~ 年 月 日) 2 なし
契約の自動更新	1 あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	317.52 m ²
		うち、老人ホーム部分	317.52 m ²
	耐火構造	1 耐火建築物	
		2 準耐火建築物	
構造	③ その他 ()		
	1 鉄筋コンクリート造		
	2 鉄骨造		
	③ 木造		
4 その他 ()			

	所有関係	① 事業者が自ら所有する建物				
		2 事業者が賃借する建物				
		抵当権の設定	1 あり 2 なし			
		契約期間	1 あり (年 月 日～ 年 月 日) 2 なし			
		契約の自動更新	1 あり 2 なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	① 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最少	人部屋			
		最大	人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
	タイプ1	有/無 有/無	有/無 有/無	7.3~12.96 m ²	13	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	m ²		
	タイプ3	有/無	有/無	m ²		
	タイプ4	有/無	有/無	m ²		
	タイプ5	有/無	有/無	m ²		
	タイプ6	有/無	有/無	m ²		
タイプ7	有/無	有/無	m ²			
タイプ8	有/無	有/無	m ²			
タイプ9	有/無	有/無	m ²			
タイプ10	有/無	有/無	m ²			
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。						
廊下の幅	中廊下 (向かい合いの居室に面している廊下)	1.8m	その他の廊下	0.9~1.8m		
共用施設	共用便所における便房	4ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	2ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	ヶ所		
	共用浴室	1ヶ所	個室	1ヶ所		
			大浴場	ヶ所		
	共用浴室における介護浴槽	ヶ所	チェアー浴	ヶ所		
			リフト浴	ヶ所		
			ストレッチャー浴	ヶ所		
その他 ()			ヶ所			
食堂	① あり 2 なし					
入居者や家族が利用できる調理設備	1 あり ② なし					

	エレベーター	1 あり（車椅子対応） 2 あり（ストレッチャー対応） 3 あり（上記1・2に該当しない） ④ なし		
消防用設備等	消火器	① あり	2 なし	
	自動火災報知設備	① あり	2 なし	
	火災通報設備	① あり	2 なし	
	スプリンクラー	① あり	2 なし	
	防火管理者	① あり	2 なし	
	防災計画	① あり	2 なし	
緊急通報装置等	居室	便所	浴室	その他（ ）
	1 あり	1 あり	1 あり	1 あり
	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり
	3 なし	3 なし	3 なし	3 なし
その他	1階～2階の移動、階段昇降機あり			

4. サービスの内容

（全体の方針）

運営に関する方針	1. 地域社会が要求する福祉・介護の諸問題を認識し、社会的使命を自覚する。2. 老々介護・独居・家族介護の介護者を積極的に支援して行く。3. 大型施設と在宅との中間的立場を守り、できるだけ低価格化の維持を図って行く。			
サービスの提供内容に関する特色	1. 外部居宅介護サービス事業所によるサービスを受けることができる。2. 入居中の介護サービス及び日常生活での必要なサービスは提供する。3. 医療機関との密接な連携を持って対応するとともに、往診も可能。			
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施	2 委託	③ なし	
食事の提供	① 自ら実施	2 委託	3 なし	
洗濯、掃除等の家事の供与	1 自ら実施	2 委託	③ なし	
健康管理の供与	① 自ら実施	2 委託	3 なし	
安否確認又は状況把握サービス	① 自ら実施	2 委託	3 なし	
生活相談サービス	① 自ら実施	2 委託	3 なし	

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は記載不可

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	入居継続支援加算	1 あり 2 なし	
	生活機能向上連携加算	1 あり 2 なし	
	個別機能訓練加算	1 あり 2 なし	
	夜間看護体制加算	1 あり 2 なし	
	若年性認知症入所者受入加算	1 あり 2 なし	
	医療機関連携加算	1 あり 2 なし	
	口腔衛生管理体制加算	1 あり 2 なし	
	栄養スクリーニング加算	1 あり 2 なし	
	退院・退所時連携加算	1 あり 2 なし	
	看取り介護加算	1 あり 2 なし	
	介護職員処遇改善加算	1 あり 2 なし	
	介護職員等特定処遇改善加算	1 あり 2 なし	
	認知症専門 ケア加算	(Ⅰ)	1 あり 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり 2 なし
	サービス提 供体制強化 加算	(Ⅰ)イ	1 あり 2 なし
(Ⅰ)ロ		1 あり 2 なし	
(Ⅱ)		1 あり 2 なし	
(Ⅲ)		1 あり 2 なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率) : 1	
	2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援	※複数選択可		
	① 救急車の手配 ② 入退院の付き添い ③ 通院介助 ④ その他 (緊急受診の対応)		
協力医療機関	1	名称	浅間南麓こもろ医療センター
		住所	長野県小諸市相生町3丁目3-21
		診療科目	内科、外科、整形外科、眼科、他
		協力科目	内科、外科、整形外科、眼科、他
		協力内容	診療時・緊急受診時に速やかに対応。
	2	名称	佐久長土呂クリニック
		住所	長野県佐久市長土呂803-26
		診療科目	内科・消化器内科

		協力科目	内科、消化器内科
		協力内容	診療時・緊急受診時に速やかに対応、往診。
協力歯科医療機関		名称	林歯科診療所
		住所	長野県北佐久郡御代田町御代田 2422-79
		協力内容	診療時・緊急受診時に速やかに対応、往診。

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	1 あり (2) なし
	要支援の者	1 あり (2) なし
	要介護の者	(1) あり 2 なし
留意事項	認知症等が進行し共同生活の秩序を著しく乱す方は不可。医療的ニーズ等が高く、提供するサービスの範囲を超える方は不可	
契約の解除の内容	利用者が他の介護保険施設に入所した場合 利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合 利用者が死亡した場合 利用者又は事業者から解約した場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入院又は外泊が連続して2ヶ月を超えるとき、又は予想されるとき。共同生活の秩序を著しく乱し、他の利用者に迷惑をかける恐れがあるときで、施設における通常のサービス提供方法等でこれを防止することができないとき。常時医療行為が必要となるなど、入居者の身体状況が事業者の介護範囲を超えたとき。ただし、この場合は、医師の意見を聞き、一定の観察期間を経た上で、同意を得るものとする。
	解約予告期間	1ヶ月または2ヶ月
入居者からの解約予告期間	1週間	
体験入居の内容	1 あり (2) なし（入居後3ヶ月の期間の中で検討する。）	
入居定員	13人	
その他	身元引受人が設定できない場合は入居不可であるが、応相談。	

5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）。

（職種別の職員数）

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		0.25
生活相談員				
直接処遇職員	4		4	2.0
介護職員	4		4	2.0
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員	1		1	0.25
その他職員			1	0.5
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40時間
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。				
※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。				

（資格を有している介護職員の人数）

	合計		
	常勤	非常勤	
社会福祉士			
介護福祉士	2		2
実務者研修の修了者			1
初任者研修の修了者	2		1
介護支援専門員			

（資格を有している機能訓練指導員の人数）

	合計		
	常勤	非常勤	
看護師又は准看護師			

理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			
はり師			
きゅう師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (17 時 ~ 8 時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	1 人	1 人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	: 1
※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択		
外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制(外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		① あり 2 なし							
	業務に係る資格等	① あり		資格等の名称 介護支援専門員、介護福祉士						
		2 なし								
	看護職員	介護職員	生活相談員	機能訓練指導員	計画作成担当者					
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数										

前年度1年間の 退職者数												
応じた 業務に 従事し た 職員の 人数 の 経験 年数 に	1年未満											
	1年以上 3年未満											
	3年以上 5年未満											
	5年以上 10年未満				3							
	10年以上				1							
	従業者の健康診断の実施状況		<input checked="" type="radio"/> 1 あり <input type="radio"/> 2 なし				採用時に		<input type="radio"/> 1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし			

6. 利用料金（*）

（利用料金の支払い方法）

居住の権利形態 【表示事項】	<input checked="" type="radio"/> 1 利用権方式 <input type="radio"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="radio"/> 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	<input type="radio"/> 1 全額前払い方式 <input type="radio"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input checked="" type="radio"/> 3 月払い方式	
	<input type="radio"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	<input type="radio"/> 1 全額前払い方式 <input type="radio"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="radio"/> 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	<input type="radio"/> 1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	<input type="radio"/> 1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし	
入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い	<input checked="" type="radio"/> 1 減額なし（対象：居室費、運営管理費） <input checked="" type="radio"/> 2 日割り計算で減額（対象：水道光熱費） <input type="radio"/> 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金 の改定	条件	物価変動・人件費の上昇等により改定する場合がある。
	手続き	全利用者及び家族に事業者から申し入れを行う。

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1	プラン2	
入居者の状況	要介護度	3	3	
	年齢	80歳	80歳	
居室の状況	床面積	9.72 m ²	7.30 m ²	
	便所	1 有 (2) 無	1 有 (2) 無	
	浴室	1 有 (2) 無	1 有 (2) 無	
	台所	1 有 (2) 無	1 有 (2) 無	
入居時点で必要な費用	前払金	0円	0円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		73,040円	68,040円	
家賃		20,000円	15,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	円	円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	32,040円	32,040円
		管理費	21,000円	21,000円
		介護費用	円	円
		光熱水費	(冬期光熱費 5,500円)円	(冬期光熱費 5,500円)円
その他	円	円		
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	不動産価格・修繕費・借入利息・募集経費を基礎として算出。
敷金	無
介護費用	介護保険給付の対象外の費用として合理的に積算。
管理費 ^{※1}	共用部の維持管理・水光熱費、事務管理、人件費。
食費	1ヵ月内（朝：320円、昼：374円、夕：374円）喫食分の費用。
光熱水費等 ^{※2}	家賃に含まれる。冬期のみ光熱費、一律請求。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2（個別選択による介護サービス一覧表）
その他のサービス利用料	
<p>※1 共用施設の修繕費、人件費等の用途をすべて記入し、「等」で括らないこと。</p> <p>※2 水道、電気、暖房の使用料及びこれに類する公共料金（入居者が居室に設置する場合の受信料等）等を明記すること。</p>	

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	2人
	女性	11人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上 75歳未満	2人
	75歳以上 85歳未満	3人
	85歳以上	7人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	0人
	要介護1	3人
	要介護2	3人
	要介護3	3人
	要介護4	2人
	要介護5	2人
入居期間別	6ヶ月未満	4人
	6ヶ月以上1年未満	0人
	1年以上5年未満	5人
	5年以上10年未満	3人
	10年以上15年未満	1人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	82.7歳
入居者数の合計	13人
入居率※	100%
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	0人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	1人
	死亡者	2人
	その他	0人

生前解約の状況	施設側の申し出	0人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	2人
		(解約事由の例) 対応不可な医療行為が必要な為

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称		有料老人ホーム 相談・苦情窓口
電話番号		事業主体 0267-23-1510 施設 0267-22-3662
対応している時間	平日	午前8:00～午後5:00
	土曜	午前8:00～午後5:00
	日曜・祝日	午前8:00～午後5:00
定休日		事業主体：土曜・日曜、年末年始（12月30日～1月3日）

窓口の名称		長野県健康福祉部
電話番号		026-235-7113
対応している時間	平日	午前9:00～午後5:00
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土曜・日曜、年末年始（12月29日～1月3日）

窓口の名称		長野県国民健康保険団体連合会
電話番号		026-238-1580
対応している時間	平日	午前9:00～午後5:00
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土曜・日曜、年末年始（12月29日～1月3日）

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	① あり	(その内容) 株式会社損害保険ジャパン (賠償責任保険)
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	① あり	(その内容) 事故対応マニュアルに基づく。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	① あり	2 なし

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	① あり	実施日	意見箱は通年設置、随時確認
		結果の開示	1 あり ② なし
	2 なし		
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	② なし		

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	① 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	① 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="radio"/> あり	(開催頻度) 年 1 回
	2 なし	
	<input checked="" type="radio"/> 代替措置あり	(内容) ご家族が面会等に来訪時に意見を聞く。
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input checked="" type="radio"/> あり (提携ホーム名: ことぶきの家小諸等各ことぶきの家)	
	2 なし	
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出	<input checked="" type="radio"/> あり 2 なし	
	3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要	
高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし	
有料老人ホーム設置運営指導指針「5.規模及び構造設備」に合致しない事項	<input checked="" type="radio"/> あり 2 なし	
合致しない事項がある場合の内容		
「6.既存建築物等の活用 の場合等の特例」への適合性	<input checked="" type="radio"/> 適合している (代替措置)	
	2 適合している (将来の改善計画)	
	3 適合していない	
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項		
不適合事項がある場合の内容		

添付書類: 別添 1 (別を実施する介護サービス一覧表)
別添 2 (個別選択による介護サービス一覧表)

※ _____ 様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 _____

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

署名 _____

別添 1 事業主体が長野県内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類			併設・隣接 の状況	事業所の名称	所在地
<居宅サービス>					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接	寿園介護ステーション	小諸市 御影新田
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
通所介護	あり	なし	併設・隣接	寿園介護ステーション	小諸市 御影新田
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接	ことぶきの家御影	小諸市 御影新田
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接	福祉ショップことぶき	小諸市 御影新田
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接	福祉ショップことぶき	小諸市 御影新田
<地域密着型サービス>					
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接	ことぶきの家若穂	長野市 若穂綿内
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接	寿園介護ステーション居宅介護支援事業所	小諸市 御影新田
<居宅介護予防サービス>					
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所介護	あり	なし	併設・隣接	寿園介護ステーション	小諸市 御影新田
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養	あり	なし	併設・隣接		

介護					
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接	ことぶきの家御影	小諸市 御影新田
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接	福祉ショップことぶき	小諸市 御影新田
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接	福祉ショップことぶき	小諸市 御影新田
<地域密着型介護予防サービス>					
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接		
<介護保険施設>					
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接		
介護医療院	あり	なし	併設・隣接		

別添 2

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無	個別の利用料で、実施するサービス （利用者が全額負担）				包含 ^{※2}	都度 ^{※2}	料金 ^{※3}	備考
	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担 ^{※1} ）		なし	あり				
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり				
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり				
おむつ代			なし	あり				個人に応じた品目で自己負担。実費。
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり				
特浴介助	なし	あり	なし	あり				
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり				
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり			30分 1,650円	主治医又は緊急受診先への付添。実費。
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり				
リネン交換	なし	あり	なし	あり				
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり				
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり				
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり				
おやつ			なし	あり				
理美容師による理美容サービス			なし	あり				外部サービス事業所の訪問理美容。実費。
買い物代行	なし	あり	なし	あり			30分 1,540円	所用時間分。実費。
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり			30分 1,540円	所用時間分。実費。
金銭・貯金管理			なし	あり				
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり				主治医が必要と判断した場合。実費。
健康相談	なし	あり	なし	あり				
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり				
服薬支援	なし	あり	なし	あり				
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり				
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	なし	あり	なし	あり			距離分 付添分	介護タクシー利用時の費用。実費。
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり			30分 1,650円	所用時間分。実費。
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				

入院中の見舞い訪問	なし	あり	<input checked="" type="radio"/>	あり			
-----------	----	----	----------------------------------	----	--	--	--

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービス費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。